

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/529/2014

ATAS/541/2015

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 7 juillet 2015

2^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, agissant par sa curatrice Madame B_____, p.a **recourante**
Service de protection de l'adulte, Bd Georges Favon 28, GENEVE

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE **intimé**
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENEVE

Siégeant : Raphaël MARTIN, Président; Maria COSTAL et Christian PRALONG,
Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après l'assurée), est née le _____ 1966 au Maroc, où elle a suivi l'école obligatoire, s'est mariée et a eu deux fils nés en 1989 et 1990. Après un premier divorce, elle est arrivée en Suisse et s'y est mariée en 1992. Elle a eu une fille en 1996 puis a divorcé en 2002. Sans formation professionnelle, elle a exercé diverses activités lucratives depuis 2000, notamment comme vendeuse, femme de ménage, accompagnatrice et aide-animatrice dans différents établissements médico-sociaux, aide-soignante et gouvernante chez des particuliers. En dernier lieu, elle a été employée auxiliaire du 1^{er} octobre 2012 au 30 septembre 2013 en tant qu'aide de cuisine et serveuse à 30% (12 heures par semaine) auprès de la Fondation C_____.
2. L'assurée a été mise sous curatelle volontaire par ordonnance du Tribunal tutélaire du 11 mars 2010, mesure transformée en une curatelle de représentation avec gestion par ordonnance du Tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant du 16 août 2013. La curatelle est exercée par le service de protection de l'adulte (ci-après SPA).
3. Le 10 août 2011, le SPA a déposé, pour le compte de l'assurée, une demande de prestations d'invalidité auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI).
4. En date du 2 décembre 2011, l'OAI a reçu un rapport non daté de la doctoresse D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, laquelle a retenu, à titre de diagnostics ayant des effets sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), un trouble de la personnalité immature (F60.8) et un trouble de la personnalité dépendante (F60.7). L'assurée, qu'elle suivait depuis le 26 août 2011, avait présenté un antécédent d'effondrement dépressif sévère en 2004 lors de la maladie grave de son second mari dont elle s'était occupée, bien que divorcée. Depuis lors, la situation s'était dégradée, avec une grande difficulté à se prendre en charge et une incapacité à gérer ses affaires courantes, ce qui avait motivé l'instauration d'une curatelle volontaire. Actuellement, la situation avait pu se régulariser grâce à l'aide apportée socialement, mais l'assurée restait dépendante d'autrui dans de nombreux domaines. Son état psychique était très variable, passant de l'enthousiasme enfantin au plus grand désarroi. Elle avait constamment besoin de la « réassurance » d'autrui. Les symptômes dépressifs étaient présents et s'y ajoutaient une labilité émotionnelle, une impulsivité et une tendance à se faire influencer par des tiers. Le traitement consistait en un suivi psychiatrique et psychothérapeutique intégré, à raison d'une séance par quinzaine, et les limitations fonctionnelles en des troubles de la concentration, des troubles mnésiques, une asthénie, un découragement au moindre problème, une peine à se projeter dans l'avenir, une impulsivité délétère au fonctionnement professionnel, une peine à s'organiser et une capacité de jugement diminuée pouvant la conduire à des actions délétères pour elle-même. Au travail, ces limitations se manifestaient par une diminution notable des performances et du

rendement. Il s'agissait d'un état chronique qui ne pouvait être amélioré et l'incapacité de travail était de 50 %.

La psychiatre traitant a joint à son rapport un résumé des Hôpitaux universitaires du canton de Genève (ci-après HUG) duquel il ressort que l'assurée avait séjourné dans un service psychiatrique du 15 au 18 septembre 2002 en raison d'un état dépressif moyen, suite à un épisode de violence physique de la part de son compagnon. Un traitement antidépresseur avait été instauré et une prise en charge organisée auprès d'un psychiatre privé à la sortie.

5. Par rapport 21 février 2012, le docteur E_____, médecin généraliste, a diagnostiqué un état dépressif chronique et un trouble de la personnalité borderline depuis 1986. Depuis 2006, l'assurée avait présenté plusieurs épisodes dépressifs majeurs ayant entraîné des arrêts maladie de plusieurs mois. Le trouble dépressif sévère était aggravé par des difficultés sociales majeures, notamment la violence de son fils aîné, la délinquance du second fils, et la maladie neurologique de son ex-mari. L'incapacité de travail était de 50% depuis janvier 2001.
6. Le 4 avril 2012, l'OAI a reçu un rapport non daté du Dr F_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée depuis janvier 2012, mentionnant les diagnostics de trouble dépressif récurrent et de trouble de la personnalité dépendante. Ce médecin a relevé que sa patiente était retournée vivre avec son ex-mari en raison de l'état de santé de ce dernier, puis avait présenté des symptômes de dépression majeure nécessitant un arrêt de travail. Après le décès de l'ex-mari, la situation s'était aggravée sur les plans thymique et personnel. L'assurée avait de fortes difficultés à faire face aux tâches courantes de la vie quotidienne, restait très fragile sur le plan cognitif, avec une thymie dépressive et une grande variabilité émotionnelle. Elle avait un besoin accru d'être rassurée, ce qui la rendait vulnérable, et présentait des troubles de la concentration, de la mémoire, une asthénie, un découragement, une humeur labile, des difficultés d'organisation et une capacité de jugement diminuée. L'incapacité de travail était totale.
7. Suivant les recommandations de son service médical régional (ci-après SMR), l'OAI a confié une expertise au docteur G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.
8. Dans son rapport du 28 mars 2013, le Dr G_____ a mentionné, à titre de diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail, des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, syndrome de dépendance, utilisation ponctuelle (F12.26), et d'épisode dépressif moyen récurrent, sans symptômes psychotiques, actuellement en rémission partielle (F33.11). Il a également retenu un trouble de la personnalité immature (autres troubles spécifiques de la personnalité ; F60.8), sans effet sur la capacité de travail. S'agissant de la première atteinte, il a exposé qu'il s'agissait d'une dépendance primaire qui préexistait aux épisodes dépressifs, lesquels avaient probablement été

favorisés par le maintien de cette dépendance. L'assurée avait présenté une incapacité de travail à 50% du 1^{er} octobre 2011 au 31 mars 2012, de 100% du 1^{er} avril au 31 juillet 2012, de 50% du 1^{er} août au 31 octobre 2012. Depuis lors, elle était pleinement capable de travailler, sans diminution de rendement. Les limitations fonctionnelles étaient discrètes, à savoir une fatigue modérée et un ralentissement psychomoteur modéré. Il existait également des limitations légères sur le plan social. Des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient pas souhaitables en l'état car la situation n'était pas encore stabilisée. La capacité de travail pouvait être améliorée grâce à un suivi psychiatrique hebdomadaire et à un traitement antidépresseur prescrit durant six mois après la disparition symptomatique, en même temps qu'un sevrage au cannabis.

9. Dans un avis du 22 mai 2013, la doctoresse H_____, médecin auprès du SMR, a conclu que l'incapacité de travail de l'assurée avait évolué entre 50% et 100% dès le 1^{er} octobre 2011, avec une amélioration progressive conduisant à une pleine capacité de travail exigible dès novembre 2012, dans l'activité habituelle qui était adaptée.
10. Par projet du 27 août 2013, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de lui accorder une demi-rente d'invalidité du 1^{er} octobre 2012 au 31 janvier 2013.
11. Le 1^{er} octobre 2013, l'assurée s'est opposée à ce projet au motif qu'elle était durablement incapable de travailler. Elle a transmis à l'OAI les pièces suivantes:
 - Une attestation de la Dresse D_____ du 19 septembre 2013, laquelle a mentionné que sa patiente était incapable de travailler dans un cadre professionnel normal en raison de son état de santé depuis novembre 2011. Elle a ajouté que des arrêts maladie à 100% avaient notamment été émis pour les périodes du 1^{er} août au 31 décembre 2011, du 30 janvier au 30 août et du 20 novembre au 10 décembre 2012, du 20 avril au 10 mai et du 1^{er} juillet au 30 septembre 2013.
 - Une attestation de la Fondation C_____ du 24 septembre 2013 démontrant que l'assurée n'était pas parvenue à assumer sans interruption une activité à 30% et qu'elle avait eu de la peine à reconnaître ses difficultés, notamment relationnelles avec ses collègues et au niveau de la gestion de ses émotions dans un contexte de travail.
12. En date du 16 octobre 2013, l'assurée a communiqué à l'OAI un rapport non daté de la Dresse D_____ - prenant position sur celui du Dr G_____. La psychiatre traitant a notamment relevé que le diagnostic clinique essentiel de trouble de la personnalité avait été relégué à tort au second plan alors qu'il était le problème principal de l'assurée et était durablement incapacitant. Ce trouble engendrait des problèmes multiples dans les milieux professionnels et avait justifié la demande de curatelle dont sa patiente ne pouvait se passer. Par ailleurs, il était erroné de penser qu'un traitement antidépresseur permettrait de remédier à la situation, car l'aspect dépressif n'était qu'un élément, intriqué avec la pathologie de la personnalité. Elle a signalé de nombreuses contradictions quant aux constatations du Dr G_____ et à

l'absence de conclusion qu'il en tirait. En définitive, l'état de santé de l'assurée était incompatible avec une activité professionnelle dans un milieu ordinaire du fait de son trouble de la personnalité immature qui entravait ses relations de travail, qui pouvait la pousser à faire des choix impulsifs et non cohérents, et qui la fragilisait dans de nombreux domaines.

13. Dans un avis du 29 octobre 2013, le SMR a estimé que le dernier rapport de la Dresse D_____ était une appréciation différente d'une même situation médicale et que rien ne permettait de s'écarter des conclusions du Dr G_____.
14. Par décision du 20 janvier 2014, l'OAI a accordé à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1^{er} octobre 2012 au 31 janvier 2013, considérant, sur la base de l'avis du SMR, que la capacité de travail de l'assurée était considérablement restreinte depuis le 1^{er} octobre 2011, qu'elle était de 50% dès le 1^{er} août 2012 et de 100% dès le 1^{er} novembre 2012, date à partir de laquelle l'invalidité était nulle.
15. Par acte du 20 février 2014, l'assurée, par l'intermédiaire de sa curatrice, a formé recours contre cette décision et conclu, préalablement, à l'audition de la Dresse D_____ et à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise, et principalement à l'annulation de la décision et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité non limitée dans le temps. En substance, la recourante a contesté les conclusions du Dr G_____ et rappelé les objections soulevées par sa psychiatre. Elle a notamment allégué être totalement incapable de travailler en raison de son état de santé et ce, même dans un établissement social tel que la Fondation C_____.
16. Dans sa réponse du 18 mars 2014, l'intimé a conclu au rejet du recours, soutenant que l'expertise du Dr G_____ était probante et que les arguments de la Dresse D_____ relevaient d'une appréciation différente d'un même état de fait.
17. Par ordonnance du 23 juin 2014, la chambre de céans a ordonné une expertise psychiatrique, laquelle a été confiée au Dr I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie (ATAS/747/2014).
18. Dans son rapport d'expertise du 7 novembre 2014, l'expert a retenu les diagnostics de trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline (F60.31), d'utilisation nocive pour la santé d'alcool et de cannabis (F10.1 ; F12.1) et de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4).

Le Dr I_____ a résumé le dossier, présenté une anamnèse détaillée, relaté les plaintes de la recourante et livré ses constatations objectives suite à deux examens cliniques de la recourante. Au status psychiatrique, il a notamment relevé que la trajectoire biographique de la recourante mettait en évidence une instabilité émotionnelle et relationnelle sévère depuis au moins l'adolescence. Les carences affectives familiales et les violences subies pendant l'enfance et l'adolescence représentaient un facteur de risque en faveur d'une mauvaise structuration de la personnalité. Il avait existé depuis l'adolescence une impulsivité et une dépendance affective poussant la recourante à se lier à des partenaires eux-mêmes dépendants. Sur le plan professionnel, elle n'avait jamais pu s'insérer durablement dans une

activité régulière. Le tableau clinique actuel, dominé par l'instabilité sévère des émotions et de l'humeur, était indiscutablement aggravé par rapport à celui observé en mars 2013 par le Dr G_____, bien que l'élément dépressif soit désormais moins marqué. L'expert a conclu à l'existence d'un trouble de la personnalité au sens clinique, à savoir un dysfonctionnement psychologique structurel se traduisant par des problèmes émotionnels, relationnels et comportementaux significatifs et répétitifs depuis le début de l'âge adulte au moins. Les traits de personnalité dominante chez la recourante étaient l'instabilité émotionnelle et de l'humeur, l'immaturité, l'impulsivité, le manque de contrôle de soi, la dépendance affective, la perturbation de l'image de soi, les bouffées agressives et le recours aux substances psychoactives (alcool, cannabis).

Selon un entretien téléphonique qu'il avait eu avec la Dresse D_____ le 6 novembre 2014, l'état clinique de la recourante ne s'était pas fondamentalement modifié depuis le rapport d'octobre 2013. La situation s'était dégradée depuis septembre 2013 par rapport à l'appréciation précédente de novembre 2011 dans laquelle la psychiatre traitant avait estimé qu'une capacité de travail à 50% était possible. En l'état, la capacité de travail était nulle car la recourante demeurait très instable sur le plan de l'humeur et des émotions en général. La relation thérapeutique n'échappait pas à la règle. Le comportement était dispersé et la compliance par rapport aux rendez-vous et à la prise de médicaments très irrégulière. La tentative d'emploi à l'association C_____ avait échoué car la recourante dysfonctionnait complètement (labilité émotionnelle, alternance de comportements inhibés et de comportements rigides ou agressifs, parfois prises excessives de responsabilité). Il s'agissait d'un trouble grave de la personnalité et le traitement avait pour but d'essayer de stabiliser la situation du point de vue émotionnel.

L'expert a justifié chacun des diagnostics retenus. Il a notamment expliqué qu'il partageait l'opinion de la Dresse D_____ et estimait que la pathologie de la personnalité était l'élément clinique principal, contrairement à l'avis du Dr G_____. En effet, toute la biographie de la recourante était marquée par les conséquences négatives du trouble structurel de la personnalité et ses conséquences délétères sur sa vie personnelle et professionnelle. Il s'agissait donc d'un trouble de la personnalité qui pouvait être considéré comme sévère. Concernant la prise d'alcool et de cannabis à visée sédatrice, admise par la recourante, avec probablement une minimisation des quantités consommées, une véritable dépendance n'était pas établie, raison pour laquelle il ne retenait que le diagnostic d'abus d'alcool et du cannabis, utilisation nocive pour la santé, contrairement au Dr G_____. En outre, l'anamnèse et le dossier mettaient en évidence des éléments anxieux et dépressifs, lesquels n'atteignaient toutefois pas, à l'heure actuelle, le seuil clinique d'un trouble anxieux spécifique ou celui d'un épisode dépressif. Il était néanmoins hautement probable que dans le passé, l'instabilité de l'humeur ait conduit à de véritables épisodes dépressifs, lesquels étaient documentés dans le

dossier. Le diagnostic de trouble dépressif récurrent se justifiait donc, mais le trouble de l'humeur était actuellement en rémission.

Concernant les limitations fonctionnelles et la capacité de travail, l'expert a rappelé que la scolarité, la formation professionnelle et l'activité professionnelle de la recourante avaient été gravement handicapées par l'existence du trouble de la personnalité, qui avait entraîné des décisions impulsives, des ruptures répétées et une grande instabilité dans sa vie professionnelle. Tout comme la psychiatre traitant, il considérait que le Dr G_____ avait sous-estimé les répercussions fonctionnelles négatives du trouble de la personnalité. Ces restrictions consistaient en une difficulté majeure à maîtriser ses émotions, ce qui avait abouti à des relations conflictuelles et à des ruptures répétées, en une immaturité se traduisant par l'incapacité de maintenir une performance régulière sur la durée, en des manifestations dépressives et anxieuses réactionnelles répétées aboutissant également à une irrégularité dans l'exercice d'une activité. La description des problèmes rencontrés par la recourante (graves dysfonctionnements, présence irrégulière, difficultés à maîtriser ses émotions et à reconnaître ses problèmes, agressivité envers les collègues) lors de son dernier essai d'emploi à 30% illustre bien ces propos. Les limitations étaient imputables avant tout au trouble de la personnalité, du fait de sa sévérité, et non pas au trouble dépressif. Lorsqu'un tel trouble de la personnalité n'était pas sévère, il entraînait des difficultés pour le sujet à maintenir des performances régulières sur le plan professionnel, mais généralement le sujet pouvait, par un effort de volonté, surmonter ses difficultés et tenir tant bien que mal un emploi, au prix de quelques interruptions lors de périodes de crise, inévitables dans cette pathologie. Dans le cas de la recourante, force était de constater que les périodes de dysfonctionnements paraissent avoir été nettement plus importantes que les périodes fonctionnelles. Depuis la prise en charge par la psychiatre traitant, soit depuis août 2011, les dysfonctionnements professionnels liés à la pathologie clinique étaient bien documentés. L'expert a rappelé que la psychiatre avait estimé, au début de sa prise en charge, qu'une capacité de 50% était possible, puis, dans le courant de l'été 2013, avait noté une aggravation de l'instabilité émotionnelle avec pour conséquence une incapacité de travail totale à partir de septembre 2013. Au vu de ses propres constatations, il était d'accord avec cette appréciation et a conclu ainsi que les limitations fonctionnelles en rapport avec le trouble de la personnalité avaient justifié une incapacité de travail de 50% depuis novembre 2011 et de 100% depuis septembre 2013. Les restrictions constatées n'étaient pas liées à une activité professionnelle donnée ou à un contexte professionnel particulier, de sorte qu'elles valaient pour toute activité et que des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient pas indiquées. L'expert a encore précisé que le trouble de la personnalité se manifestait de manière plus aiguë à certaines périodes, en particulier lorsque le sujet était plus exposé à sa vulnérabilité psychologique fondamentale, notamment dans les situations de perte de figures perçues comme protectrices. Dans le cas de la recourante, il formulait l'hypothèse que cela avait dû être le cas au début des années 2000 (second divorce), en 2004-

2005 (maladie et décès du père) et après 2010 (décès du second mari). Il était possible que l'arrivée à l'âge adulte de ses enfants et leur dépendance persistante à son égard contribuent à la durée des troubles psychiques plus aigus présents depuis 2010-2011. Quoiqu'il en soit, il paraissait manifeste que, depuis cette époque, la recourante n'avait pas réussi à trouver une forme d'équilibre et de sérénité compatible avec l'exercice d'une activité professionnelle régulière.

Enfin, le Dr I_____ a relevé que selon les données de laboratoire, la compliance était bonne. Le traitement en cours chez la Dresse D_____ était adapté et adéquat, mais il n'avait pas permis une stabilisation clinique et, partant, une reprise d'activité durable et stable. Il était vraisemblable que l'état de crise que la recourante traversait depuis trois ou quatre ans allait s'atténuer au moins provisoirement, mais, à l'heure actuelle, il était impossible de dire quand cette évolution se produirait et si elle serait compatible avec la reprise d'une activité, au moins à temps partiel.

19. En date du 11 décembre 2014, la recourante a conclu à ce que l'intimé rende une nouvelle décision d'octroi de rente en tenant compte d'une incapacité de travail de 50% dès le mois d'octobre 2011 et de 100% dès le mois de juillet 2013, relevant que les conclusions de l'expert rejoignaient principalement celles de sa psychiatre et qu'il y avait lieu de se référer aux dates que cette dernière avait retenues pour marquer le début des incapacités de travail de 50% et 100%.
20. Le 8 janvier 2015, l'intimé a transmis à la chambre de céans un avis du 6 janvier 2015 de la doctoresse J_____, médecin auprès du SMR, laquelle estimait qu'il était nécessaire d'interroger l'expert sur certains points, notamment sur les motifs de l'aggravation de l'état de santé, fixée au mois de septembre 2013.
21. Sur demande de la chambre de céans, le Dr I_____ lui a indiqué le 2 février 2015 s'être basé, concernant la période d'incapacité de travail à 50%, sur l'attestation médicale de la Dresse D_____ du 19 septembre 2013 qui affirmait que la recourante était incapable de travailler depuis novembre 2011, précisant toutefois qu'il convenait de vérifier cette date. S'agissant de l'incapacité de travail à 100%, il s'était fondé sur son entretien téléphonique du 6 novembre 2014 avec cette psychiatre qui lui avait indiqué que la dégradation était survenue en septembre 2013. L'expert a précisé ne pas avoir d'explication à ladite aggravation, mais que le plus souvent, l'aggravation des dysfonctionnements liés à un trouble de la personnalité borderline provenait de l'activation de l'angoisse d'abandon. Dans le cas de la recourante, il avait relevé une aggravation dans le passé en relation avec des pertes affectives et avait formulé l'hypothèse que l'arrivée à l'âge adulte de ses enfants et leur dépendance persistante vis-à-vis d'elle pouvaient contribuer à l'importance et à la durée des troubles psychiques.
22. En date du 24 février 2015, la recourante a persisté dans les termes de son recours et contesté les dates retenues par l'expert.

A ce propos, elle a transmis à la chambre de céans une attestation de la Dresse D_____ du 19 février 2015. Selon ce document, « après vérification en détail du dossier médical », l'incapacité de travail de la recourante avait été de 50% depuis le 1^{er} octobre 2011 et de 100% dès le 1^{er} juillet 2013, étant précisé que l'aggravation de l'état de santé à cette époque était en lien avec les difficultés rencontrées dans le cadre de l'activité de réinsertion à la Fondation C_____.

23. Par écriture du 25 février 2015, l'intimé a déclaré suivre les conclusions de l'expert et retenir ainsi que la recourante avait présenté une incapacité de travail de 50% dès novembre 2011 et de 100% dès le mois de septembre 2013. Elle avait donc droit à une demi-rente du 1^{er} novembre 2012 au 30 novembre 2013, puis à une rente entière dès le 1^{er} décembre 2013.
24. Invité par la chambre de céans à prendre position sur les dates des débuts de l'incapacité de travail à 50% et 100%, l'intimé a répondu le 11 mars 2015 qu'il modifiait ses conclusions et reconnaissait à la recourante un droit à une demi-rente d'invalidité du 1^{er} octobre 2012 au 30 novembre 2013 et à une rente entière dès le 1^{er} décembre 2013. Il a exposé à cet égard que l'expert avait émis un doute sur la date exacte du début de l'incapacité de travail à 50%, mais qu'il se conformait à l'appréciation de la Dresse D_____, de sorte qu'il convenait de retenir le 1^{er} octobre 2011. En revanche, s'agissant du début de l'incapacité totale de travail, l'expert avait considéré que l'aggravation était survenue en septembre 2013, bien que la psychiatre traitant ait attesté d'une totale incapacité de travail depuis le mois de juillet 2013, ce dont le rapport faisait mention.
25. Copie de cette écriture a été communiquée à la recourante le 18 mars 2015.

EN DROIT

1. La compétence de la chambre de céans pour juger du cas d'espèce ainsi que la recevabilité du recours ont déjà été jugées dans le cadre de l'ordonnance d'expertise du 23 juin 2014, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'y revenir.
2. A teneur de l'art. 1 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20), les dispositions de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a),

entrées en vigueur respectivement le 1^{er} janvier 2004, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 466 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b ; ATF 112 V 356 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, la décision litigieuse du 20 janvier 2014 est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI suscitées. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des modifications de la LAI consécutives aux 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

4. a. Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; ATF 125 V 414 consid. 1a ; ATF 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées).

L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2 et les références citées).

Les questions qui – bien qu'elles soient visées par la décision administrative, et fassent ainsi partie de l'objet de la contestation – ne sont plus litigieuses, d'après les conclusions du recours, et qui ne sont donc pas comprises dans l'objet du litige, ne sont examinées par le juge que s'il existe un rapport de connexité étroit entre les points non contestés et l'objet du litige (ATF 122 V 244 consid. 2a ; ATF 117 V 295 consid. 2a ; voir aussi ATF 122 V 36 consid. 2a). Par ailleurs,

l'autorité de recours n'examine les questions formant l'objet du litige, mais qui ne sont pas contestées, que s'il existe des motifs suffisants de le faire au regard des allégations des parties ou d'indices ressortant du dossier (ATF 125 V 417 consid. 2c).

b. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2).

L'octroi rétroactif d'une rente d'invalidité dégressive et/ou temporaire règle un rapport juridique sous l'angle de l'objet de la contestation et de l'objet du litige. Lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doit s'abstenir de se prononcer quant aux périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 131 V 164 consid. 2.3.3 et ATF 135 V 141 consid. 1.4.4; voir également arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 99/00 du 26 octobre 2000 consid. 1, in VSI 2001 p. 155).

c. En l'espèce, il est rappelé à titre préalable que la décision litigieuse du 20 janvier 2014 accorde à la recourante, avec effet rétroactif, une rente entière du 1^{er} octobre 2012 au 31 janvier 2013 et supprime simultanément cette prestation dès le 1^{er} février 2013.

La recourante requiert l'octroi d'une rente tenant compte d'une incapacité de travail de 50% dès le mois d'octobre 2011 et de 100% dès le mois de juillet 2013.

Désormais, l'intimé reconnaît à la recourante un droit à une demi-rente d'invalidité du 1^{er} octobre 2012 au 30 novembre 2013, puis à une rente entière dès le 1^{er} décembre 2013, concluant ainsi à l'admission partielle du recours et à l'annulation de sa décision du 20 janvier 2014.

Au regard de la décision attaquée et des conclusions des parties, l'objet du litige ne porte plus que sur la date du début du droit à la rente entière d'invalidité.

5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

-
6. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Selon les art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGGA.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGGA et art. 28a al. 1 LAI).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

7. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen),

l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2).

8. En application de l'art. 17 LPGA, si l'invalidité d'un bénéficiaire de rente se modifie de manière à influencer le droit à la rente, celle-ci est, pour l'avenir, augmentée, réduite ou supprimée.

Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la modification ou encore exclure une révision en s'écartant de la LPGA (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 806/04 du 15 mars 2005 consid. 2.2.).

Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le point de départ d'une modification du droit aux prestations est fixé avec précision. En vertu de l'art. 88a du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), la modification du droit à la prestation intervient en principe lorsqu'un changement déterminant du degré d'invalidité a duré trois mois, sans interruption notable.

9. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à

l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

Enfin, on rappellera que le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

10. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
11. En l'occurrence, il est rappelé que les parties s'accordent désormais sur le début de l'incapacité de travail de la recourante à 50%, fixé au 1^{er} octobre 2011, tout comme sur le principe du droit à une rente entière non limitée dans le temps, en raison des diagnostics retenus, soit un trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline, une utilisation nocive pour la santé d'alcool et de cannabis, et un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission.

Reste donc à déterminer la date de l'aggravation de l'incapacité de travail fondant le droit à une rente entière de l'assurance-invalidité.

12. La chambre de céans constate que l'expertise judiciaire, dépourvue de contradiction, remplit toutes les exigences formelles auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. L'expert a en effet étudié toutes les pièces du dossier, procédé à une anamnèse détaillée, décrit de manière circonstanciée les symptômes présentés par la recourante et les plaintes de cette dernière. Il a dûment motivé les diagnostics retenus, ainsi que ses conclusions relatives aux limitations fonctionnelles et à la capacité de travail. Son appréciation résulte d'une analyse complète de la situation médicale, objective et subjective, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'en écarter.

Les parties ne remettent d'ailleurs pas en cause la valeur probante de ce document, à l'exception de la datation des périodes d'incapacité de travail. La recourante est en effet d'avis que le Dr I_____ a entendu se rallier à la détermination de sa psychiatre, de sorte que le début de l'incapacité totale de travail doit être avancé au 1^{er} juillet 2013 en lieu et place du 1^{er} septembre 2013. L'intimé considère en revanche que l'expert, en retenant que l'incapacité totale de travail remontait au mois de septembre 2013, s'est volontairement distancé de l'appréciation de la Dresse D_____, dès lors que son expertise fait également mention de l'incapacité de travail à 100% dès juillet 2013 attestée par cette psychiatre.

Il sied de relever en premier lieu que l'attestation de la Dresse D_____ du 19 septembre 2013, laquelle mentionne effectivement que la recourante a été en incapacité totale de travail dès le 1^{er} juillet 2013, est contradictoire et contraire à un autre rapport. Ainsi, elle signale une incapacité de travail depuis novembre 2011 tout en relatant que les premiers arrêts maladie ont été émis pour la période du 1^{er} août au 31 décembre 2011. En outre, la psychiatre fait état d'une incapacité de travail totale entre août et décembre 2011, alors que dans son rapport reçu par l'intimé le 2 décembre 2011, elle ne mentionnait qu'une incapacité partielle (50%). Dans ces conditions, il semble évident que l'expert a considéré que les dates exactes étaient celles communiquées oralement, et non celles contenues dans une attestation manifestement erronée sur de nombreux points. En deuxième lieu, la chambre de céans relève que l'expert a clairement indiqué s'être conformé aux indications communiquées par la Dresse D_____. Il a en effet relevé: « Au début de sa prise en charge, la psychiatre traitante estimait qu'une capacité de 50% était possible. Dans le courant de l'été 2013 elle a noté une aggravation de l'instabilité émotionnelle avec pour conséquence une incapacité de travail totale à partir de septembre 2013. Au vu des constatations que nous avons faites lors de notre examen, nous sommes d'accord avec cette appréciation » (rapport d'expertise p. 15). De même, il a indiqué dans son courrier du 2 février 2014 : « Pour ce qui est du début de l'incapacité à 100%, j'ai repris le point de vue dont m'a fait part le Dr D_____ lors du contact téléphonique que j'ai eu avec elle le 06/11/2014. Elle m'a dit que l'état clinique ne s'était pas fondamentalement modifié depuis son précédent rapport d'octobre 2013. Il y avait même eu, disait-elle, une dégradation depuis septembre 2013 ».

Il apparaît dès lors manifeste que l'expert a adhéré au constat de la psychiatre traitant et qu'il a retenu les dates que celle-ci lui avait annoncées. Il est d'ailleurs rappelé que le Dr I_____ s'est également conformé aux indications de la psychiatre traitant concernant le début de l'incapacité partielle de travail, qu'il a fixé dans son rapport à novembre 2011 en suivant l'attestation erronée du 19 septembre 2013, alors qu'il s'agit en réalité du 1^{er} octobre 2011.

13. Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans reconnaît une pleine valeur probante au rapport d'expertise judiciaire, à l'exception des datations des périodes d'incapacité de travail, lesquelles doivent être corrigées et fixées selon les dernières indications de la Dresse D_____. Selon son attestation du 19 février 2015, « après vérification en détail du dossier médical », l'incapacité de travail de la recourante a été de 50% depuis le 1^{er} octobre 2011 et de 100% dès le 1^{er} juillet 2013.

14. Partant, il y a lieu de conclure que la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité à l'échéance du délai de carence d'une année, soit dès le 1^{er} octobre 2012.

En raison de l'aggravation de l'état de santé de la recourante et de son incapacité totale de travail à compter du 1^{er} juillet 2013, sa demi-rente doit être augmentée à une rente entière partir du 1^{er} octobre 2013 (cf. art. 88a al. 2 RAI).

15. Il convient donc de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il détermine le montant des rentes dues à la recourante et rende une nouvelle décision sujette à recours.

16. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 20 janvier 2014 annulée.

Etant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1^{bis} LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 500.-.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet, annule la décision du 20 janvier 2014 et renvoie la cause à l'intimé pour nouvelle décision, dans le sens des considérants.
3. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Sylvie SCHNEWLIN

Raphaël MARTIN

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le